

اثربخشی الگویی از درمان جامع در مقایسه با درمان‌های رایج در پی‌گیری دوساله کودکان و نوجوانان مبتلا به روان‌پریشی بار نخست

دکتر زهرا شهریور⁽¹⁾، دکتر جواد علاقبندراد⁽²⁾، دکتر جواد محمودی‌قرائی⁽³⁾، دکتر ارشیا صدیق⁽⁴⁾، دکتر نیلوفر ثالینان⁽⁴⁾،
دکتر محسن جلالی رودسری⁽⁴⁾، دکتر پیام صبح بیداری⁽⁴⁾

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی الگویی از درمان جامع در مقایسه با درمان‌های رایج برای کودکان و نوجوانان مبتلا به نخستین رویداد روان‌پریشی (FEP) در یک پی‌گیری دوساله بود. **روش:** در یک کارآزمایی بالینی 40 بیمار بستری در بخش کودک و نوجوان بیمارستان روزبه که بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM-IV به FEP مبتلا بودند، به صورت تصادفی در دو گروه درمان رایج و درمان جامع قرار گرفتند. ارزیابی‌ها در زمان بستری، ترخیص و در فواصل 6، 12، 18 و 24 ماه انجام شد. برای گردآوری داده‌ها برنامه کودکان برای اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا، تشخیص کنونی و طول عمر (K-SADS-PL)، مقیاس نشانگان مثبت و منفی (PANSS)، مقیاس نمره‌گذاری شیدایی یانگ (Y-MRS)، پرسش‌نامه افسردگی کودکان (CDI)، مقیاس نمره‌گذاری افسردگی همیلتون (HDRS)، مقیاس ارزیابی کلی کارکرد (GAF) و مقیاس ارزیابی کلی کودکان (CGAS) به کار رفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش t و $c2$ مستقل برای متغیرهای کیفی و رگرسیون با اثر تصادفی برای متغیرهای کمی انجام شد. **یافته‌ها:** شمار بازگشت‌ها و مدت تداوم آنها در بیماران گروه جامع کمتر از گروه رایج بود. در هر دو گروه بهبودی قابل توجهی به دست آمد و مقایسه دو گروه در دوره‌های پی‌گیری گوناگون تفاوت معنی‌دار نشان نداد. **نتیجه‌گیری:** درمان جامع می‌تواند میزان بازگشت را در کودکان و نوجوانان مبتلا به FEP کاهش دهد.

کلیدواژه: روان‌پریشی بار نخست؛ کودک و نوجوان؛ درمان جامع؛ پی‌گیری

[دریافت مقاله: 1390/3/18؛ پذیرش مقاله: 1390/9/26]

مقدمه

کاپوت⁽⁷⁾، 2011)، حتی در کشورهایی که سامانه ملی بهداشت روان در آنها برقرار است، ضعف و نارسایی دانش مربوط به سلامت روان و هیجان‌ها و باور به این که فرد بیشتر به استقلال و خودکفایی نیاز دارد تا کمک، باعث می‌شود بیماران در زمان مناسب به درمان مناسب دسترسی پیدا نکنند. بنابراین حتی هنگامی که فرد مبتلا به FEP از نشانه‌های شدید روانی رنج می‌برد، لزوم و ضرورت مراجعه برای دریافت مداخله مناسب را نمی‌داند، برای ارجاع مقاومت می‌کند، مگر این که نشانه‌ها بسیار شدت یابد. اهمیت این موضوع در سنین کودکی

نخستین رویداد روان‌پریشی⁽¹⁾ (FEP) در بزرگسالان بیش از کودکان و نوجوانان بررسی شده است. شواهدی وجود دارد که در بسیاری از موارد، روان‌پریشی در یکی دو سال نخست تشخیص داده نمی‌شود و درمان مناسب دریافت نمی‌کند، که پیامد آن پیشرفت قابل توجه بیماری است (نورمن⁽²⁾ و مالا⁽³⁾، 2001). یافته‌های پژوهشی نشان داده است دسترسی نخستین و درخواست کمک در موارد ابتلا به FEP با موانع زیادی روبه‌روست (کووالی⁽⁴⁾، ویلسون⁽⁵⁾، باشنل⁽⁶⁾ و

⁽¹⁾ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دپارتمان روانپزشکی کودک و نوجوان، تهران، خیابان کارگر جنوبی، چهارراه لشگر، بیمارستان روزبه. دورنگار: 021-55419113 (نویسنده مسئول) E-mail: shariivar@sina.tums.ac.ir ⁽²⁾ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ⁽³⁾ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ⁽⁴⁾ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه.

1- First Episode Psychosis 2- Norman
3- Malla 4- Covalie
5- Wilson 6- Bushnell
7- Caput

و نوجوانی بسیار زیاد است، زیرا هم سطح آگاهی و میزان توجه مردم نسبت به شاخص‌های بهداشت روانی در این سنین بسیار پایین است و هم روان‌پریشی در این گروه سنی از گوناگونی و پیچیدگی خاصی برخوردار است (علاقبندراد و همکاران، 1995)؛ نخستین رویداد در کودکان در بیشتر اوقات موزیانه و بی‌سروصدا است، هم‌چنین تمایز برخی رفتارهای کودکان (مانند افکار جادویی¹) از نشانه‌های روان‌پریشی (مانند هذیان) مشکل است. به بیان دیگر، آنچه در بزرگسالان به عنوان هذیان شناخته می‌شود، گاه بخشی از دنیای فانتزی کودکان تلقی می‌شود (کاسترو-فورنیلز² و همکاران، 2007). این عوامل باعث می‌شود تشخیص و درمان به موقع روان‌پریشی در کودکان دشوارتر باشد (علاقبندراد و همکاران، 1995).

از ویژگی‌های FEP در دوران نوجوانی، ثبات تشخیصی پایین‌تر آن نسبت به بزرگسالان است (منزس³ و میلوان⁴، 2000). با این حال پی‌گیری 68 کودک و نوجوان به مدت متوسط 10/5 سال نشان داد اختلال‌های طیف اسکیزوفرنیا⁵ و اختلال‌های خلقی⁶ نسبت به سایر اختلال‌ها از ثبات تشخیصی بیشتری برخوردارند (جاریین⁷ و ون کورننگ⁸، 2003). حتی هنگامی که نشانه‌های FEP نوجوانان مورد توجه قرار می‌گیرد، باز هم درمان مناسب در نخستین مراحل بیماری دریافت نمی‌شود، زیرا در بیشتر موارد آنان به بخش‌های روانپزشکی بزرگسالان مراجعه می‌کنند، که ممکن است درمان مناسبی را دریافت نکنند و به آنان ارایه ندهند یا به دلیل وجود نشانه‌های سوء مصرف مواد در نوجوان، درمان مناسب روان‌پریشی به تأخیر بیفتد (اتریج⁹، یارو¹⁰ و پیت¹¹، 2004). این در حالی است که تشخیص و درمان به موقع نه تنها می‌تواند سیر بیماری را تغییر دهد (بیرچ‌وود¹²، تاد¹³ و جکسون¹⁴، 1998)، بلکه پاسخ به درمان، در سال نخست، بسیار بیشتر (تا 87 درصد) است (راینسون¹⁵ و همکاران، 1999). بررسی‌ها نشان داده‌اند در مواردی که میان شروع نشانه‌ها و دریافت درمان بیش از یک سال فاصله وجود دارد، بازگشت¹⁶ طی دو سال نخست، به‌طور معنادار بالاتر است (کرو¹⁷، مک‌میلان¹⁸، جانسون¹⁹ و جانستون²⁰، 1986). حتی اگر پاسخ به درمان پس از به تأخیر افتادن شروع مداخله‌ها هم چنان بالا باشد، ملاحظات پزشکی و انسانی ایجاب می‌کند درمان مناسب در نخستین زمان ممکن آغاز گردد (لیبرمان²¹ و فیوتون²²، 2000؛ هو²³، آندریسن²⁴، فلام²⁵، نوپولوس²⁶ و میلر²⁷، 2000).

سطح عملکرد شناختی - اجتماعی فرد (اسپنسر²⁸، بیرچ‌وود و مک‌گاورن²⁹، 2001)، سن شروع، الگوی بهبودی و سابقه وجود مشکلات رفتاری مانند اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی³⁰ و اختلال سلوک³¹ (آدینگتون³²، ون‌ماستریج³³ و آدینگتون، 2003) از عوامل پیش‌بینی‌کننده پیامد³⁴ بیماری هستند، که البته قابل دستکاری نیستند. در این میان طول مدت روان‌پریشی درمان‌نشده³⁵ (DUP) از عوامل پیش‌بینی‌کننده پیامد بیماری و البته قابل دستکاری است (ایگرز³⁶، 1978). هرچه این زمان کوتاه‌تر باشد، میزان مراجعه به پزشکان عمومی پیش از بروز روان‌پریشی بیشتر و میزان سازگاری اجتماعی³⁷ و عوامل تهدیدکننده سلامتی³⁸ کمتر است. بنابراین افزایش مراجعه نوجوانان و خانواده‌ها به مراکز مراقبت‌های نخستین می‌تواند یکی از راهکارهای مناسب برای کاهش DUP باشد (اسکیت³⁹، جکسون، بیرچ‌وود و جونز⁴⁰، 2002). بیشتر بررسی‌ها نشان داده‌اند شروع زود هنگام روان‌پریشی با مشکلات شدیدتر پیش از بیماری و DUP طولانی‌تر همراه است (جوآ⁴¹ و همکاران، 2009؛ بالاگیر⁴²، مالا، منچاندا⁴³، تاکر⁴⁴ و هاریچاران⁴⁵، 2005؛ شیلمان⁴⁶، کنوس⁴⁷، کوتون⁴⁸، مک‌گروی⁴⁹ و لمبرت⁵⁰، 2007) و بنابراین به برخوردی متفاوت و درمان سریع‌تر نیاز دارد. در پژوهشی که به تازگی و برای نخستین بار در ایران برای بررسی DUP و عوامل مؤثر بر آن انجام شد، 91 بیمار 60-15 ساله که با نخستین رویداد

- | | |
|---|-------------------------|
| 1- magical thinking | 2- Castro-Fornieles |
| 3- Menezes | 4- Milovan |
| 5- schizophrenia | 6- mood disorders |
| 7- Jarbin | 8- Von Knorring |
| 9- Etheridge | 10- Yarrow |
| 11- Peet | 12- Birchwood |
| 13- Todd | 14- Jackson |
| 15- Robinson | 16- relapse |
| 17- Crow | 18- McMillan |
| 19- Johnson | 20- Johnstone |
| 21- Lieberman | 22- Feuton |
| 23- Ho | 24- Andreasen |
| 25- Flaum | 26- Nopoulos |
| 27- Miller | 28- Spencer |
| 29- McGovern | |
| 30- attention deficit/ hyperactivity disorder | |
| 31- conduct disorder | 32- Adington |
| 33- Van Mastrigh | 34- outcome |
| 35- Duration of Untreated Psychosis | |
| 36- Eggers | 37- avoiding adaptation |
| 38- health threatening | 39- Skeate |
| 40- Jones | 41- Joa |
| 42- Ballageer | 43- Manchanda |
| 44- Takhar | 45- Haricharan |
| 46- Schimmelmann | 47- Conus |
| 48- Cotton | 49- McGorry |
| 50- Lambert | |

و در صورت وجود نشانه‌های مثبت، تجدیدنظر لازم در درمان دارویی انجام شود (ایگرز، 1978). اگرچه داروها نشانه‌های مثبت و منفی روان‌پریشی را بهبود می‌بخشند، نبود پاسخ مناسب به برخی داروها و مصرف نامنظم آنها به‌وسیله بیماران، دلیل روی‌آوری به مداخله‌های روانشناسی و روانی - اجتماعی در سال‌های اخیر بوده است. در این میان درمان شناختی - رفتاری¹² (CBT) بیش از دیگر روش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. CBT افزون بر از بین بردن نشانه‌ها، صحت افکار بیمار را به چالش می‌کشد و باعث کاهش اضطراب فرد می‌شود (کیلاکی¹³، 2009).

در ایران تا کنون در دو مطالعه مقدماتی، پایداری تشخیصی و میزان روان‌پریشی‌های بهبودیافته خلقی در گروهی از بیماران بزرگسال دچار نخستین رویداد روان‌پریشی بررسی شده است (امینی و همکاران، 2005؛ علاقه‌نادر و همکاران، 2006). در بسیاری از کشورها پژوهش‌های زیادی برای کشف و ثبت نخستین نشانه‌های اختلال‌های روان‌پریش با هدف انجام اقدامات پیش‌گیرانه و ارایه برنامه‌های آموزشی و درمانی مناسب انجام می‌شود، که بیشتر در مورد بزرگسالان است. با توجه به این‌که این اختلال‌ها در دوران بلوغ یا پیش از آن ریشه دارند، برنامه‌هایی برای این گروه سنی نیز تدوین شده است. با توجه به اهمیت این امر و جای خالی طرح‌های مشابه در کشور، پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های بالینی و جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به FEP در بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه و رابطه این ویژگی‌ها با چگونگی پاسخ به درمان و بازگشت بیماری در دو گروه درمان جامع و رایج انجام گرفت. تا آنجا که بررسی به عمل آمد، در ایران پژوهش مشابهی روی جمعیت کودک و نوجوان کشور اجرا نشده است.

روش

از ابتدای سال 1384 تمامی کودکان و نوجوانانی که با نشانه‌های FEP به درمانگاه و اورژانس روانپزشکی کودک و

روان‌پریشی به بیمارستان روزبه مراجعه کرده بودند، بررسی شدند. دو عامل بر کاهش DUP اثرگذار بود: شروع حاد بیماری و سکونت در روستا. نکته دیگر این‌که بیمارانی که نخستین مراجعه آنها به پزشک عمومی بود، نسبت به کسانی که به‌وسیله روان‌پزشک ارزیابی شده بودند، DUP کوتاه‌تری داشتند و مراجعه‌کنندگان به درمان‌گرهای سنتی در بین این دو گروه قرار داشتند - اگرچه تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار نبود (شریفی و همکاران، 2009). این یافته‌ها نشان می‌دهد مسیر طی شده به‌وسیله بیماران برای رسیدن به درمان مناسب نیز اهمیت دارد. یک پژوهش در آلمان نیز نشان داد درمان، در کسانی که نخستین بار به‌وسیله یک پزشک عمومی بررسی شده بودند، در مقایسه با سایر راه‌های ارجاع، سریع‌تر بود (فوجس¹ و اشتینرت²، 2004). از دیگر عواملی که باعث طولانی شدن DUP می‌شود، ترس خانواده‌ها از انگ³ بیماری روانی است. اطرافیان برای جلوگیری از دریافت انگ، از روش‌های گوناگونی بهره می‌جویند: اجتناب از روابط اجتماعی، مخفی نگه داشتن تشخیص، توجیه رفتارهای بیمار و حتی انکار بیماری. این اقدام‌ها به شروع دیرتر درمان منجر می‌شود؛ زمانی که رفتارهای تهاجمی آشکار شده یا بیمار اقدام به خودکشی کرده است (فرانز⁴ و همکاران، 2010). به بیان دیگر خانواده‌ها نقش مهمی در شروع سریع درمان دارند و بررسی‌ها نشان داده‌اند در مواردی که بروز بیماری در سنین پایین‌تر یا نشانه‌های منفی بارزتر باشد، حضور خانواده‌ها چشم‌گیرتر و DUP کوتاه‌تر است. در کل تأخیر در شروع درمان، پیامد تأخیر جست و جوی بیماران و خانواده‌ها برای کمک⁵ و تأخیر در سامانه بهداشتی⁶ برای ارایه کمک است (اکالاگان⁷ و همکاران، 2010).

بهترین پیش‌بینی‌کننده پیامد بیماری، هم در نوجوانان و هم در بزرگسالان، ارزیابی کلی کارکرد⁸ (GAF) است (منز و میلووان، 2000). بررسی‌ها نشان داده‌اند مهم‌ترین علت بازگشت، که در پنج سال نخست، 82 درصد است (بیرچوود و همکاران، 1998)، درمان ناپیوسته است که میزان بازگشت را تا پنج‌برابر افزایش می‌دهد (اسکیت و همکاران، 2002). تمرکز سامانه‌های مداخله‌ای بر آموزش و ارتقای سطح آگاهی خانواده‌های بیماران روان‌پریش می‌تواند بازگشت را تا دو سال عقب بیندازد (هاریگان⁹، مک‌گوری¹⁰ و کرس تو¹¹، 2003). در این آموزش‌ها پیشنهاد می‌شود سه ماه پس از شروع درمان، بیماران مورد ارزیابی دوباره قرار گیرند

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 1- Fuchs | 2- Steinert |
| 3- stigma | 4- Franz |
| 5- help-seeking delays | 6- health-system delays |
| 7- O'Callaghan | |
| 8- Global Assessment of Functioning | |
| 9- Harrigan | 10- McGorry |
| 11- Krstev | |
| 12- Cognitive-Behavioral Therapy | |
| 13- Killackey | |

نوجوان بیمارستان روزبه مراجعه کردند (به استثنای نشانه‌های FEP ناشی از یک اختلال جسمی، اختلال عصب‌شناختی عمده یا مصرف ماده یا داروی خاص) (74 نفر)، به‌صورت در دسترس وارد طرح شدند. افرادی که بیش از دو هفته پیش از مراجعه، درمان ضدروان‌پریشی دریافت کرده بودند، از بررسی کنار گذاشته شدند.

بررسی حاضر در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفت؛ برای رعایت اخلاق پژوهش، افزون بر دریافت رضایت شفاهی از بیمار و رضایت‌نامه کتبی از پدر یا مادر و توضیح کافی در مورد شیوه‌های درمانی، داده‌های به‌دست‌آمده در مورد هر فرد محرمانه ماند. هرگاه بیمار یا خانواده تمایل داشتند، می‌توانستند از گروه درمانی خارج شوند، هم‌چنین هرگاه از نظر پزشکی لازم بود، بیمار در بیمارستان بستری می‌شد و در صورتی که درمانی به‌جز درمان جامع لازم بود (مانند الکتروشوک درمانی¹)، با خروج از گروه، درمان لازم را دریافت می‌کرد. هزینه اضافه‌ای بر بیماران تحمیل نشد و هزینه مراقبت (به‌جز درمان دارویی) به‌وسیله طرح پژوهشی تقبل شد. هم‌چنین تعهد شد پس از پایان پژوهش، در صورت مؤثر بودن درمان جامع، درمان ادامه یابد.

در اجرا، نخست پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای خاص مانند طول مدت نشانه‌ها پیش از مراجعه، نوع شروع نشانه‌ها و... به‌وسیله پزشک تکمیل شد. سپس روانپزشک کودک و نوجوان همکار طرح، بر پایه معیارهای DSM-IV² (انجمن روانپزشکی آمریکا، 1994) تشخیص بالینی وضعیت فعلی و اختلال‌های همبود را مشخص می‌کرد. برای بالابردن دقت تشخیصی، دستیار فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان «برنامه کودکان برای اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا، تشخیص کنونی و طول‌عمر³» (کافمن⁴، بیرماهر⁵ و برنت⁶، 1997) (K-SADS-PL) را نیز برای بیمار تکمیل می‌کرد. گفتنی است این فرد از تشخیص روانپزشک آگاهی نداشت. سپس آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی به دو گروه درمان جامع (20 نفر) و درمان رایج (20 نفر) تقسیم شدند. برای گروه درمان جامع برنامه دارویی خاص (تأکید بر مصرف ضدروان‌پریشی‌های نسل دوم با دُز کم و تثبیت‌کننده‌های خلق با ترتیب خاص، بر پایه معیارهای علمی از پیش تعیین‌شده بر پایه بهترین شواهد موجود)، آموزش خانواده و بیمار و

پی‌گیری بیمار به‌صورت تلفنی اجرا شد. برای گروه شاهد (درمان رایج) مداخله‌ای در روند جاری درمان صورت نپذیرفت. ابزارهای غربال‌گری در فاصله‌های 2، 6، 12، 18 و 24 ماه از زمان ورود به پژوهش، به‌وسیله همکاران طرح تکمیل شد. برای گردآوری داده‌ها، افزون بر پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، پرسش‌هایی در مورد میزان بازگشت، بستری دوباره و میزان و نوع داروی مصرفی پرسیده شد و ابزارهای زیر به کار رفت:

برنامه کودکان برای اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا، تشخیص کنونی و طول‌عمر (K-SADS-PL) (کافمن و همکاران، 1997) یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته است که برای ارزیابی دوره‌های کنونی و پیشین آسیب‌شناسی روانی در کودکان و نوجوانان و بر پایه معیارهای DSM-III-R⁷ (انجمن روانپزشکی آمریکا، 1987) و DSM-IV⁸ (انجمن روانپزشکی آمریکا، 1994) تدوین شده است. روایی⁸ و پایایی⁹ نسخه فارسی K-SADS-PL روی 102 نفر از جمعیت بالینی بخش کودک و نوجوان بیمارستان روزبه تأیید شده است (شهریور، کوشا، معلمی، تهرانی‌دوست و علاقبندراد، 2010).

مقیاس نشانگان مثبت و منفی¹⁰ (PANSS) (اورد¹¹، روجسکاد¹²، رابلس¹³، 2006) برای ارزیابی نشانه‌شناسی روان‌پریشی به کار رفت. این مقیاس که به‌وسیله ارزیاب تکمیل می‌شود، نشانه‌های روان‌پریشی بیماران را در سه خرده‌مقیاس نشانه‌های مثبت، منفی و عمومی بررسی می‌کند. PANSS به‌طور گسترده در بررسی بیماران روان‌پریش به کار می‌رود (کی¹⁴، فیزبین¹⁵ و اپلر¹⁶، 1987).

مقیاس نمره‌گذاری شیدایی یانگ¹⁷ (Y-MRS) (یانگ¹⁸، ییگز¹⁹، زیگلر²⁰ و میر²¹، 1978) برای نشانه‌شناسی شیدایی به کار رفت. این مقیاس برای نمره‌گذاری نشانه‌های

1- electroconvulsive therapy

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4thed.)

3- Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime

5- Birmaher

7- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3thed-Revised)

9- reliability

10- Positive And Negative Symptoms Scale

11- Oord

13- Robles

15- Fiszbein

17- Young Mania Rating Scale

19- Biggs

21- Meyer

4- Kaufman

6- Brent

8- validity

12- Rujescud

14- Kay

16- Opler

18- Young

20- Ziegler

پژوهش‌ها بالا (0/83-0/91) و در محیط بالینی متوسط (0/53-0/66) و پایایی آزمون- بازآزمون آن 0/85 گزارش شده است (بلیک²⁰، کانگلوژی²¹، جانسون- بروکس²² و بلچر²³، 2007). در این پژوهش این پرسش‌نامه برای افراد زیر 16 سال به کار رفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار Stata-9 و به روش χ^2 و t مستقل برای متغیرهای کیفی و رگرسیون با اثر تصادفی²⁴ برای متغیرهای کمی انجام شد.

یافته‌ها

شمار ریزش در گروه درمان جامع دو نفر بود: یکی به دلیل شدت نشانه‌ها و پاسخ‌ندادن به درمان و بنابراین نیاز به بستری شدن و دیگری به دلیل انصراف از همکاری. گفتنی است انصراف نفر دوم پس از تصادفی‌سازی و از همان ابتدای طرح بود و ارزیابی نخستین هم در مورد او انجام نشد. 38/9 (و 61/1) درصد گروه آزمایش و 35 (و 65) درصد گروه شاهد پسر (و دختر) بودند. میانگین سنی گروه آزمایش و شاهد به ترتیب 15/10±1/67 (13-18 سال) و 16/16±1/65 (12-18 سال) بود. دو گروه از نظر سن، جنسیت، تحصیلات و شغل تفاوت نداشتند. سابقه اختلال روانپزشکی در خانواده به ترتیب در 50 و 55/6 درصد گروه آزمایش و شاهد وجود داشت.

یافته‌های به‌دست‌آمده از K-SADS-PL، مصاحبه بالینی، شرح حال و سایر داده‌های موجود در پرونده بیمار در مورد نوع تشخیص اختلال‌های روانپزشکی روی محور یک، در دو گروه آزمایش و شاهد هنگام بستری و بروز بیماری (جدول 1) نشان‌گر آن بود که اختلال دوقطبی در هر دو گروه بالاترین میزان را به خود اختصاص داده است. به نظر می‌رسد در شروع، نشانه‌ها به صورت مختلط ظاهر کرده، اما در زمان بستری شکل نوعی نشانه‌های شیدایی را پیدا کرده است.

اختلال دوقطبی¹ در فاز شیدایی به کار می‌رود و دربرگیرنده نه گویه است. نمره‌گذاری آن برحسب شدت نشانه‌ها در یک ترتیب صعودی انجام می‌شود. پایایی و روایی Y-MRS روی جمعیت ایرانی قابل قبول بوده است (شفیعی، برکتین، بشردوست و محمودی، 2003).

پرسش‌نامه افسردگی کودکان² (CDI) (کواکس³، 1992) برای ارزیابی نشانه‌های افسردگی در کودکان سنین مدرسه و نوجوانان تدوین شده است. 27 گویه CDI به صورت صفر (نبود نشانه)، یک (خفیف) و دو (قطعی) نمره‌گذاری می‌شوند. پنج خرده‌مقیاس CDI عبارتند از: خلق منفی، فقدان لذت، اعتماد به نفس پایین، مشکل‌های میان‌فردی و کارآیی نداشتن. نمره برش آن برای نشانه‌های متوسط و شدید افسردگی، به ترتیب 13 و 19 گزارش شده است. ثبات درونی⁴ و پایایی آزمون- بازآزمون⁵ دو- سه هفته‌ای CDI به ترتیب 0/71-0/89 و 0/74-0/83 گزارش شده است (اسموکر⁶، کرایگد⁷، کرایگد و گرین⁸، 1986). در این پژوهش این پرسش‌نامه برای افراد زیر 16 سال به کار رفت.

مقیاس نمره‌گذاری افسردگی همیلتون⁹ (HDRS) (همیلتون، 1960) به گونه‌ای طراحی شده است که ارزیاب پس از مشاهده بالینی، به درجه‌بندی کمی نشانه‌های افسردگی در بیمار می‌پردازد. به بیان دیگر HDRS مانند فهرست واریسی رفتاری عمل می‌کند؛ ارزیاب می‌تواند با توجه به گزینه‌های رفتاری از پیش تعیین و معیارشده، در یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، بود یا نبود نشانه‌ها و شدت آنها را ارزیابی کند. روایی و پایایی این مقیاس مناسب گزارش شده است (مک‌ایتایر¹⁰، کندی¹¹، بگای¹² و بکیش¹³، 2002). در این پژوهش این پرسش‌نامه برای افراد بالای 16 سال به کار رفت.

مقیاس ارزیابی کلی کارکرد¹⁴ (GAF) (ییتس¹⁵، 2001) بر پایه دیدگاه طیفی در مورد سلامتی و بیماری روانی بنا شده است، که نمره 100 نشان‌گر بالاترین کارکرد در همه حوزه‌ها (اجتماعی، شغلی و روان‌شناختی) است و هر چه نمره فرد پایین‌تر باشد، شدت اختلال در کارکرد بیشتر است. روایی ساختاری GAF تأیید شده است (پاترسون¹⁶ و مونگ‌شینلی¹⁷، 1995). در این پژوهش این پرسش‌نامه برای افراد بالای 16 سال به کار رفت.

مقیاس ارزیابی کلی کودکان¹⁸ (CGAS) (شافر¹⁹ و همکاران، 1983) بر پایه GAF و برای ارزیابی کارکرد افراد زیر 18 سال طراحی شده است. CGAS در یک ترتیب صعودی، زمینه‌های گوناگون کارکرد را از صفر تا 100 نمره‌گذاری می‌کند. پایایی بین‌ارزیاب‌های CGAS 0/91-0/53 تخمین زده شده است. میزان پایایی CGAS در

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| 1- bipolar disorder | |
| 2- Children's Depression Inventory | |
| 3- Kovacs | 4- internal consistency |
| 5- test-retest | 6- Smucker |
| 7- Craighead | 8- Green |
| 9- Hamilton Depression Rating Scale | |
| 10- McIntyre | 11- Kennedy |
| 12- Bagby | 13- Bakish |
| 14- Global Assessment of Functioning | |
| 15- Bates | 16- Patterson |
| 17- Myung-Shinlee | |
| 18- Children Global Assessment Scale | |
| 19- Shaffer | 20- Blake |
| 21- Cangelosi | 22- Johnson-Brooks |
| 23- Belcher | 24- random effect regression |

جدول 1- شمار (و درصد) اختلال‌های روان‌پریشی دو گروه هنگام بستری و بروز بیماری

نوع بیماری	تشخیص زمان بستری		تشخیص زمان بروز	
	آزمایش	شاهد	آزمایش	شاهد
اختلال خلقی دوقطبی ¹ ، فاز شیدایی ²	13 (65%)	11 (61/1%)	6 (33/3%)	6 (33/3%)
اختلال خلقی دوقطبی، فاز مختلط ³	2 (10%)	2 (11/1%)	11 (55%)	9 (50%)
اختلال خلقی دوقطبی، فاز افسردگی ⁴	1 (5%)	-	2 (10%)	-
اختلال خلقی NOS ⁵	1 (5%)	-	-	-
اسکیزوفرنیا ⁶	1 (5%)	-	1 (5%)	3 (16/7%)
اختلال روان‌پریش گذرا ⁷	1 (5%)	3 (16/7%)	-	-
افسردگی روان‌پریش ⁸	-	-	-	-
روان‌پریشی NOS	-	2 (11/2%)	-	-

1- bipolar; 2- manic episode; 3- mixed episode; 4- depressive episode; 5- not otherwise epecified; 6- schizophrenia; 7- brief psychotic disorder; 8- psychotic depression

جدول 2- مقایسه ویژگی‌های بالینی دو گروه در زمان بستری

سطح معناداری	df	t	میانگین (انحراف معیار)		
			شاهد	آزمایش	
0/80	34	0/25	(2/17) 15/44	(1/78) 15/61	سن شروع بیماری (سال)
0/20	33	-0/46	(446/36) 186/27	(275/45) 128/00	فاصله زمانی شروع بیماری و مراجعه به روانپزشک (روز)
0/64	33	-1/30	(18/04) 44/00	(15/49) 33/61	مدت بستری (روز)
0/03	30	2/21	(7/50) 19/13	(6/83) 13/50	کارکرد کلی بر پایه CGAS
0/28	31	1/08	(0/87) 5/59	(0/61) 5/88	کارکرد کلی بر پایه GAF
0/93	29	-0/078	(7/90) 22/85	(7/10) 22/64	افسردگی بر پایه HDRS
0/14	28	1/51	(12/70) 27/42	(10/43) 33/81	شیدایی بر پایه Y-MRS
0/05	30	2/01	(6/70) 24/46	(7/29) 29/47	نشانه‌های مثبت بر پایه PANSS
0/79	29	-0/26	(5/72) 14/20	(9/56) 13/43	نشانه‌های منفی بر پایه PANSS
0/09	28	1/71	(9/72) 42/23	(8/45) 47/94	نشانه‌های عمومی بر پایه PANSS

120
120

یک، سه و چهار بازگشت به ترتیب در چهار، سه و یک نفر از گروه شاهد پی‌گیری شد و نه نفر نیز بازگشتی نداشتند. در گروه آزمایش دو نفر بازگشت نداشتند، 11 و یک نفر نیز به ترتیب یک و دو بازگشت داشتند. معیار تشخیص بازگشت با در نظر گرفتن قضاوت بالینی، ابزارهای به کاررفته در طرح و بستری دوباره بود. تعداد موارد ازدست‌رفته¹ در گروه شاهد و آزمایش به ترتیب 3 و 5 مورد بود. گفتنی است ارزیابی آخر (24 ماهه) در هر دو گروه، در مورد 12 نفر تکمیل شد. میانگین (و انحراف معیار) شمار بازگشت‌ها در گروه آزمایش و شاهد به ترتیب 1/07 (1/43) و 0/93 (0/45) بود. کمینه و بیشینه مدت نخستین بازگشت در گروه آزمایش به ترتیب در

مقایسه دو گروه در ویژگی‌های بالینی و شاخص‌های مورد بررسی در زمان بستری (جدول 2) نشان‌گر تفاوت‌نداشتن دو گروه در بیشتر موارد بود. گروه آزمایش در GAF نمره پایین‌تر و در میزان نشانه‌های مثبت نمره بالاتر داشت.

مقایسه دو گروه در شاخص‌های مورد بررسی در زمان ترخیص، 6، 12، 18 و 24 ماه پس از ترخیص با کاربرد روش آماری رگرسیون با اثر تصادفی (جدول 3) تفاوتی را در اثربخشی دو نوع درمان نشان نداد. برای این کار میانگین مجموع نمره‌های آزمودنی‌ها در زمان‌های گوناگون به‌دست آمد و برای مقایسه به کار رفت.

1- Missing data

11/1 درصد) نفر فکر و اقدام به خودکشی داشتند. در ارزیابی ماه ششم پس از ترخیص یک نفر (5/6 درصد) اقدام به خودکشی و در ارزیابی ماه بیست و چهارم یک نفر (5/6 درصد) فکر خودکشی داشت. در سایر ارزیابی‌ها موردی به دست نیامد.

38 نفر از آزمودنی‌ها هر شش ماه پس از ترخیص مورد پی‌گیری قرار گرفتند. دلایل ارزیابی‌نشدن بقیه آزمودنی‌ها در چهار نوبت پی‌گیری در **جدول 4** آمده است. گفتنی است که در ارزیابی 24 ماهه یک نفر به دلیل فوت مورد پی‌گیری قرار نگرفت.

نوع و میزان مصرف داروهای روان‌گردان در گروه آزمایش (18 نفر) در دوران پی‌گیری در **جدول 5** آمده است.

هفته چهارم و پانزدهم ($SD=6/08$, $M=8$) و در گروه شاهد به ترتیب در هفته دوم و یازدهم ($SD=3/29$, $M=5/93$) بود. کمینه و بیشینه مدت دومین بازگشت در گروه آزمایش هشتمین هفته ($SD=0/00$, $M=8/00$) و کمینه و بیشینه مدت سومین بازگشت در همین گروه به ترتیب هفته دوازدهم و بیست و هشتم ($SD=11/31$, $M=20/00$) بود.

یکی دیگر از شاخص‌های پیامد درمان، فکر و اقدام به خودکشی بود، که در دو گروه تفاوتی نداشت؛ در گروه شاهد در هنگام بستری دو (10 درصد) و یک (5 درصد) نفر به ترتیب فکر و اقدام به خودکشی داشتند. در ارزیابی ماه ششم پس از ترخیص، یک (5 درصد) و یک (5 درصد) نفر فکر و اقدام به خودکشی داشت. در سایر ارزیابی‌ها موردی به دست نیامد. در گروه شاهد در هنگام بستری دو (11/1 درصد) و دو

جدول 3- مقایسه دو گروه از نظر اثربخشی درمان بر شاخص‌های مورد بررسی در زمان ترخیص، 6، 12، 18 و 24 ماه پس از ترخیص

1CI	سطح معناداری	t	میانگین (انحراف معیار)		
			شاهد	آزمایش	
-3/20-4/36	0/756	0/31	11/46 +7/16	10/87+7/00	افسردگی بر پایه HDRS ($n^*=107$)
-0/90-3/60	0/231	1/22	10/82 +4/48	9/46+4/11	نشانه‌های منفی ($n=112$)
-3/28-1/95	0/610	-0/52	12/96 +5/58	13/62+6/17	نشانه‌های مثبت ($n=115$)
-4/44-4/84	0/930	0/09	31/46 +9/31	31/25+9/35	نشانه‌های عمومی ($n=112$)
-6/34-1/51	0/219	-1/25	7/68 +6/3	10/09+9/15	شیدایی بر پایه Y-MRS ($n=109$)
-0/99-0/73	0/768	-0/30	3/19 +1/18	3/32+1/54	GAF بر پایه CGI ($n=105$)
-9/08-9/57	0/958	0/05	47/66 +15/81	47/42+17/04	GAF بر پایه CGAS ($n=104$)

1- Confidence Interval; * تعداد مشاهده‌ها=n

جدول 4- دلایل پیگیری‌نشدن بیماران در چهار دوره پی‌گیری بر حسب شمار (و درصد) آزمودنی‌ها

کل	در دسترس نبودن	سکونت اطراف تهران	خودداری از مراجعه	خروج از درمان تعیین شده	ناشناخته	پی‌گیری
16 (40%)	2 (5%)	2 (5%)	4 (10%)	2 (5%)	6 (15%)	پی‌گیری 6 ماهه
18 (45%)	2 (5%)	3 (7/5%)	4 (10%)	2 (5%)	7 (17/5%)	پی‌گیری 12 ماهه
20 (50%)	4 (10%)	3 (7/5%)	5 (12/5%)	2 (5%)	6 (15%)	پی‌گیری 18 ماهه
15 (37/5%)	5 (12/5%)	2 (5%)	3 (7/5%)	2 (5%)	3 (7/5%)	پی‌گیری 24 ماهه

جدول 5- داروهای مصرفی گروه آزمایش در دوران پی‌گیری

داروهای مصرفی	تعداد	کمینه مصرف (میلی گرم)	بیشینه مصرف (میلی گرم)	میانگین	انحراف معیار
ضد روان‌پریشی ¹ (معادل با کلرپرومازین ²)	13	50	350	175	94/64
آنتی‌کولینرژیک ³ (معادل با بی‌پریدن ⁴)	12	2	7	3/83	1/94
لیتیوم ⁵	10	900	1500	1245	158/90
والپروات سدیم ⁶	2	800	1000	900	141/42
لاموتریزین ⁷	1	50	50	50	-

1- antipsychotic; 2- chlorpromazine; 3- anticholinergic; 4- biperiden; 5- lithium; 6- sodium valproate; 7- lamotrigine

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ویژگی‌های بالینی و جمعیت‌شناختی با چگونگی پاسخ به درمان و بازگشت بیماری در دو گروه درمان جامع و درمان‌های رایج برای کودکان و نوجوانان مبتلا به FEP انجام شد. یافته‌ها نشان داد اختلال دوقطبی نوع I در فاز شیدایی و مختلط شایع‌ترین اختلال تشخیص داده شده (74 درصد) بود. به نظر می‌رسد آمار بالای اختلال‌های خلقی در میان بیماران مبتلا به FEP در نمونه پژوهش حاضر، در مقایسه با سایر پژوهش‌ها منحصربه‌فرد باشد. در بررسی 110 بیمار 9-17 ساله مبتلا به FEP (کاسترو-فورنیلز و همکاران، 2007)، تشخیص‌های روانپزشکی به ترتیب عبارت بودند از: اختلال روان‌پریشی NOS (35/5 درصد)، اختلال اسکیزوفرنی گونه¹ (24/5 درصد)، اختلال خلقی روان‌پریشی (22/7 درصد)، اسکیزوفرنیا (10 درصد)، اختلال اسکیزوافکتیو² (2/7 درصد) و سایر اختلال‌های روان‌پریشی (4/5 درصد). در انگلستان (مک‌میلان³ و همکاران، 2007) با بررسی 78 بیمار 14-35 ساله مبتلا به FEP، اختلال دوقطبی و هر نوع سابقه خلق تحریک‌پذیر، بالا و سرایت‌کننده به ترتیب در 20/5 و 41 درصد آزمودنی‌ها تشخیص داده شد و باقی تشخیص‌ها به سایر اختلال‌های روان‌پریشی غیر خلقی مربوط بود. در تبیین تفاوت یافته پژوهش حاضر با یافته دیگر پژوهش‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: الف) تفاوت‌های فرهنگی در توجه به نشانه‌های روان‌پریشی (تحمل زیاد نسبت به نشانه‌های منفی و نبود تحمل به نشانه‌های مثبت روان‌پریشی که به‌طور معمول با رفتارهای پرخاشگرانه و آسیب‌های اجتماعی همراه است)، ب) منبع نمونه‌گیری که یک بیمارستان ارجاعی شناخته شده به عنوان مرکز درمانی برای کنترل نشانه‌های حاد بیماری و تثبیت وضعیت رفتاری بیماران است، و ج) پذیرش بیمارانی که شدیدترین و مقاوم‌ترین نشانه‌ها را دارند.

در هر دو گروه پس از دوره درمانی، بهبودی نسبی نشانه‌ها، افزایش سطح کارکرد کلی و افزایش سطح کیفیت زندگی دیده شد. این پیامدها در دو گروه تفاوتی نداشت؛ با این حال چون در ابتدای درمان، گروه آزمایش کارکرد کلی پایین‌تری داشت، ولی در پایان سطح کارکرد دو گروه یکسان بود، می‌توان گفت درمان جامع اثربخشی بیشتری در افزایش کارکرد داشته است. برخی بررسی‌ها سطح پایین کارکرد پیش از شروع درمان را با بهبود بیشتر مرتبط می‌دانند (ساسر⁴

و همکاران، 1998). یافته‌ها نشان می‌دهد وقتی حوزه‌های گوناگون اختلال (از جمله نشانه‌های بیماری و آگاهی و حمایت خانواده) مورد مداخله و درمان قرار می‌گیرند، پیش‌آگهی بهتر، پاسخ به درمان بیشتر و احتمال بازگشت کمتر است. برای تبیین پیامدهای یکسان هر دو نوع درمان، می‌توان به این موارد اشاره کرد: 1) بررسی‌ها نشان می‌دهند مقدار کم از ضدروان‌پریشی‌های نسل دوم به اندازه مقادیر بالاتر ضدروان‌پریشی‌های نسل نخست در کاهش نشانه‌های روان‌پریشی بیماران مبتلا به FEP مؤثر است، گرچه سرعت اثربخشی آنها کمتر و طول مدت بستری بیمار در بیمارستان بیشتر است (امینی، 2011). برنامه درمانی جامع پژوهش حاضر بر پایه تجویز مقدار کم ضدروان‌پریشی‌های نسل دوم و افزایش تدریجی مقدار آن طراحی شده بود و چهار جلسه هفتگی دوساعته آموزش خانواده جزء ضروری درمان بود. در گروه شاهد (درمان رایج) نیز، از آنجا که بیماران برنامه درمانی رایج در یک مرکز دانشگاهی معتبر را دریافت می‌کردند، داروهای دریافتی با گروه درمان جامع شباهت داشت و شمار بالایی از آنان نیز از آموزش‌های خانواده داخل بیمارستان برخوردار بودند. 2) با این‌که برای گروه درمان جامع پی‌گیری تلفنی انجام شد، تنها 13 نفر از این گروه، مراجعه مرتب ماهانه تا پایان دوره دوساله را ادامه دادند.

متوسط زمان DUP در بررسی حاضر، 4-6 ماه بود. پژوهشی در کره (یانگ-چول⁵ و همکاران، 2010) روی 38 بیمار 18-35 ساله که نشانه‌های مشخص روان‌پریشی را تجربه نکرده بودند، اما در گروه پرخطر قرار داشتند، نشان داد میانگین و انحراف معیار DUP آنها به ترتیب 22 و 18/59 بود. شایع‌ترین تشخیص در این افراد اختلال افسردگی NOS بود و هر چه شدت محتوای فکر کمتر آزاردهنده و میزان اختلال اجتماعی بیشتر بود، DUP طولانی‌تر می‌شد. پژوهش دیگری (یون-می⁶ و همکاران، 2010) در کره روی 14 نوجوان 15-18 ساله نشان داد تنها 33 درصد نوجوانان در معرض خطر روان‌پریشی، خودشان در جست‌وجوی کمک حرفه‌ای برآمده بودند و تماس اصلی با مراکز مداخله در 57 درصد به وسیله اعضای خانواده و اینترنت صورت گرفته بود. شریفی و همکاران (2009) با بررسی 91 بیمار مبتلا به FEP با میانگین

1- schizophreniform

2- schizoaffective

3- MacMillan

4- Susser

5- Young-Chul

6- Yun-Mi

در بررسی لکواچ² و همکاران (2009) عوامل دخیل در پیروی ضعیف از درمان در افراد مبتلا به نخستین حمله طیف اختلال‌های اسکیزوفرنیا، عبارت بود از: ناآگاهی از اثرات داروها، نبود نگرش مثبت نسبت به داروها، سوء مصرف مواد، سن پایین و سطح بالای کارکرد کلی. یکی از اثرهای مهم آموزش بیمار و خانواده در مداخله‌های مربوط به FEP، افزایش آگاهی آنان نسبت به بیماری و درمان آن است، عاملی که اثربخشی آن، به اندازه مصرف داروهاست. هم‌چنین در برنامه درمانی جامع، نقش ویژه‌ای برای آموزش خانواده در نظر گرفته شده بود، که یکی از دلایل ممکن برای کاهش بیشتر بازگشت در این گروه به شمار می‌آید (همان‌جا).

پژوهش حاضر یکی از محدود طرح‌های طولی آینده‌نگر به‌صورت یک کارآزمایی بالینی دو ساله بود. فراهم‌نشدن بودجه، روند تأمین نیروهای آموزش‌دیده را برای کار هماهنگ و مداوم با مشکل مواجه می‌ساخت. تغییر شخص هماهنگ‌کننده و درمان‌گرها، نبود شرایط فیزیکی مشخص و مستقر برای مراجعه بیماران پی‌گیری‌شده، چندمسئولیتی‌بودن معجران و همکاران اصلی، بی‌تجربه‌بودن گروه برای انجام یک کار گروهی بزرگ و نبود سامانه کنترل کیفیت، کار را مشکل می‌کرد. از سوی دیگر نگرش برخی استادان، دستیاران و پرستاران، بر بهبود و کنترل سریع بیمار مبتنی بود، که پای‌بندی به برنامه درمان جامع را ضعیف می‌کرد. روش تماس با خانواده و پی‌گیری دریافت مداخله‌های درمانی و انجام ارزیابی‌های نمره‌گذاری‌شده، الگوی جدیدی بود که هم بیمار، هم اعضای خانواده و هم همکاران به سازگاری با آن نیاز داشتند.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، برای حمایت مالی از پژوهش حاضر، نیز از تمامی کودکان و نوجوانان و خانواده‌ها که در طرح شرکت کردند و تمامی دستیاران فوق‌تخصصی که به‌مدت پنج سال، اجرای این طرح را بر عهده داشتند، صمیمانه قدردانی می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

Adington, J., Van Mastrigh, S., & Addington, D. (2003). Patterns of premorbid functioning in first-episode psychosis,

(و انحراف معیار) سنی 27/4 (و 9/8) سال نشان داد میانگین و میانه DUP به ترتیب 52/3 و 11 هفته بود. به نظر می‌رسد در مقایسه با بیماران بزرگسالی که به FEP مبتلا می‌شوند، میانگین DUP در آزمودنی‌های پژوهش حاضر - که کودک و نوجوان بودند - پایین بود؛ شاخصی که با پیش‌آگهی و پاسخ بهتر به درمان ارتباط دارد، چرا که بیشترین منافع درمانی در شش ماه نخست بیماری ظاهر می‌شود (آرچی¹ و همکاران، 2005). دلیل این تفاوت را می‌توان شیوع بیشتر روان‌پریشی‌های خلقی و حاد در جمعیت پژوهش حاضر، در مقایسه با سایر بررسی‌ها، و توجه بیشتر خانواده‌ها به کودکان و نوجوانان دانست، زیرا مسئولیت مراقبت از ایشان، بر عهده پدر و مادر است و کمتر به اختیار خود گذاشته می‌شوند که برای درمان مراجعه کنند یا نکنند.

از آنجا که اگر DUP بیش از یک سال باشد - نسبت به مواردی که این زمان کمتر از یک سال است - احتمال بازگشت در دو سال نخست بالاتر می‌رود، انتظار می‌رفت احتمال بازگشت در بررسی حاضر کم باشد؛ بیشینه شمار بازگشت در گروه آزمایش و شاهد به ترتیب دو و چهار بار بود. بنابراین به نظر می‌رسد درمان جامع توانسته است میزان بازگشت را در دوره پی‌گیری دوساله کاهش دهد و از بازگشت‌های دوم و سوم پیش‌گیری کند. این امر مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر است؛ درمان درست و همه‌جانبه احتمال بازگشت دوباره بیماری و پیامدهای ناگوار آن را به میزان زیادی کاهش می‌دهد. هم‌چنین یافته‌ها نشان داد تداوم نشانه‌ها در بازگشت‌های بعدی، بیشتر از بازگشت نخستین بود. موضوعی که اهمیت درمان درست FEP را نشان می‌دهد، زیرا در درمان نامناسب که با بازگشت دوباره بیماری همراه است، به‌طور معمول نشانه‌ها شدیدتر بوده، پاسخ مناسب به درمان وجود ندارد. اگرچه تفاوت‌ها معنی‌دار نبود - که ممکن است به دلیل حجم کم نمونه بوده باشد - ولی توانست تأثیر پی‌گیری تلفنی در ارتباط بیشتر بیماران و خانواده با گروه درمان و پای‌بندی آنان به برنامه خاص درمانی را نشان دهد. در واقع کاهش شمار بازگشت‌ها در گروه درمان جامع، نشانه تأثیر مثبت این درمان بود. از سوی دیگر شمار بیشتر افرادی که در گروه درمان جامع بازگشت را تجربه کردند، نشانه تشخیص به‌موقع بازگشت در این گروه، در مقایسه با آزمودنی‌های گروه درمان رایج بود.

- initial presentation. *Schizophrenia Research*, 62(1-2), 23-30.
- Alaghband-Rad, J., McKenna, K., Gordon, C. T., Albus, K. E., Hamburger, S. D., Rumsey, J. M., Frazier, J. A., Lenane, M. C., & Rapoport, J. L. (1995). Childhood onset schizophrenia: The severity of premorbid course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1273-83.
- Alaghband-Rad, J., Boroumand, M., Amini, H., Sharifi, V., Omid, A., Davari-Ashtiani, R., Seddigh, A., Momeni, F., & Aminipour, Z. (2006). Non-affective acute remitting psychosis: A preliminary report from Iran. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(2), 96-101.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3thed. Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4thed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amini, H. (2011). First episode psychosis: An overview of research in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Science (IJPBS)*, 5(1), 6-16. (Persian)
- Amini, H., Alaghband-rad, J., Omid, A., Sharifi, V., Davari-Ashtiani, R., Momeni, F., & Aminipour, Z. (2005). Diagnostic stability in patients with first-episode psychosis. *Australasian Psychiatry*, 13(4), 388-392.
- Archie, S., Wilson, J. H., Woodwork, K., Hobbs, H., Osborne, S., & McNiven, J. (2005). Psychotic disorders clinic and first-episode psychosis: A program evaluation. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(1), 46-51.
- Ballageer, T., Malla, A., Manchanda, R., Takhar, J., & Haricharan, R. (2005). Is adolescent-onset first-episode psychosis different from adult onset? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(8), 782-789.
- Bates, M. P. (2001). The child and adolescent functional assessment scale (CAFAS). Review & current states. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 4, 63-84.
- Birchwood, M., Todd, P., Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 175, 53-59.
- Blake, K., Cangelosi, S., Johnson-Brooks, S., & Belcher, H. M. (2007). Reliability of the GAF and CGAS with children exposed to trauma. *Child Abuse and Neglect the International Journal*, 3(8), 909-013.
- Castro-Fornieles, J., Parellada, M., Gonzalez-Pinto, A., Moreno, D., Graell, M., Baeza, I., Otero, S., Soutullo, C. A., Crespo-Facorro, B., Ruiz-Sancho, A., Desco, M., Rojas-Corrales, O., Patiño, A., Carrasco-Marin, E., & Arango, C. (2007). The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): Design and baseline results. *Schizophrenia Research*, 91(1-3), 226-237.
- Covalie, J., Wilson, J. A., Bushnell & Caput, P. (2011). Early access and help seeking: Practice implications and new initiatives. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 34-39.
- Crow, T. J., McMillan, J. F., Johnson, A. L., & Johnstone, E. C. (1986). The Northwick park study of first episodes of schizophrenia II. A randomized controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *British Journal of Psychiatry*, 148, 120-127.
- Eggers, C. (1987). Course and prognosis of childhood schizophrenia. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 21-36.
- Etheridge, K., Yarrow, L., & Peet, M. (2004). Pathways to care in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1(2), 125-128.
- Franz, L., Carter, T., Leiner, A. S., Bergner, E., Thompson, N. J., & Compton, M. T. (2010). Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: A grounded theory study. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(1), 47-56.
- Fuchs, J., & Steinert, T. (2004). Patients with a first episode of schizophrenia spectrum psychosis and their pathways to psychiatric hospital care in South Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 375-380.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Harrigan, S. M., McGorry, P. D., & Krstev, H. (2003). Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychological Medicine*, 33(1), 97-110.

- Ho, B. C., Andreasen, N. C., Flaum, M. Nopoulos, P., & Miller, D. (2000). Untreated initial psychosis: Its relation to quality of life and symptom remission in first episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 808-815.
- Jarbin, H., & Von Knorring, A. L. (2003). Diagnostic stability in adolescent onset psychotic disorders. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 12(1), 15-22.
- Joa, I., Johannessen, J. O., Langeveld, J., Friis, S., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Vaglum, P., McGlashan, T., & Larsen, T. K. (2009). Baseline profiles of adolescent vs. adult-onset first-episode psychosis in an early detection program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(6), 494-500.
- Kaufman, J., Birmaher, B., & Brent, D., (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Killackey, E. (2009). Psychosocial and psychological interventions in early psychosis: Essential elements for recovery. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(1), 17-21.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory manual*. North Tonawanda, New York: Multi Health systems.
- LeQuach, P., Mors, O., Østergaard-Christensen, T., Krarup, G., Jørgensen, P., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., & Nordentoft, M. (2009). Predictors of poor adherence to medication among patients with first-episode schizophrenia spectrum disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, 66-74.
- Lieberman, J. A., & Feuton, W. S. (2000). Delayed detection of psychosis: Causes, consequences, and effects on public health. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1727-1730.
- MacMillan, L., Howells, L., Kale, K., Hackman, C., Taylor, G., Hill, K., Bradford, S., & Fowler, D. (2007). Social and symptomatic outcomes of first-episode bipolar psychoses in an early intervention service. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 79-87.
- McIntyre, R., Kennedy, S., Bagby, R. M., & Bakish, D. (2002). Assessing full remission. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 27(4), 235-239.
- Menezes, N. M., & Milovan, E. (2000). First-episode psychosis a comparative review of diagnostic evolution and predictive variables in adolescents versus adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(8), 710-716.
- Norman, R. M., & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis: A critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, 31, 381-400.
- O'Callaghan, E., Turner, N., Renwick, L., Jackson, D., Sutton, M., Foley, S. D., McWilliams, S., Behan, C., Fetherstone, A., & Kinsella, A. (2010). First episode psychosis and the trail to secondary care: help-seeking and health-system delays. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(3), 381-391.
- Oord, V., Rujescu, R., & Robles, J. R. (2006). Factor structure and external validity of the PANSS revisited. *Schizophrenia Research*, 82(2-3), 213-223.
- Patterson, D. A., & Myung-Shinlee, L. (1995). Field trial of the global assessment of functioning scale-modified. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1386-1388.
- Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., Koreen, A., Sheitman, B., Chakos, M., Mayerhoff, D., & Lieberman, J. A. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(3), 241-247.
- Schimmelmann, B.G., Conus, P., Cotton, S., McGorry, P. D., & Lambert, M. (2007). Pre-treatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *Schizophrenia Research*, 95(1-3), 1-8.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228-1231.
- Shafiee, K., Barakatain, M., Bashardoost, N., & Mahmoodi, J. (2003). The rate of clinical response of oral loading

- sodium valproate in acutely manic patient. *Journal of Research in Medical Sciences*, 8(4), 25-29.
- Shahrivar, Z., Kousha, M., Moallemi, S., Tehranidoost, M., & Alaghband-Rad, J. (2010). The Reliability and validity of kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia, present and life-time version, Persian version. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 15(2), 97-102.
- Sharifi, V., Kermani-Ranjbar, T., Amini, H., Alaghband-Rad, J., Salefian, N., & Seddigh, A. (2009). Duration of untreated psychosis and pathways to care in patients with first-episode psychosis in Iran. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(2), 131-136.
- Skeate, A., Jackson, C., Birchwood, M., & Jones, C. (2002). Duration of untreated psychosis and pathways to care in first-episode psychosis. Investigation of help-seeking behavior in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 181, 73-77.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the children's depression inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(1), 25-39.
- Spencer, E., Birchwood, M., & McGovern, D. (2001). Management of first-episode psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 133-140.
- Susser, E., Varma, V. K., Mattoo, S. K., Finnerty, M., Mojtabai, R., Tripathi, B. M., Misra, A. K., & Wig, N. N. (1998). Long term course of acute brief psychosis in a developing country setting. *British Journal of Psychiatry*, 173, 226-230.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.
- Young-Chul, C., Hee-Yeon, J., Sung-Wan, K., Seung-Hwan, L., Sang-Eun, S., Yun-Mi, S., Jong-Ik, P., Suk, K., & Young-Hoon, K. (2010). What factors are related to delayed treatment in individuals at high risk for psychosis? *Early Intervention in Psychiatry*, 4, 124-131.
- Yun-Mi, S., Hee-Yeon, J., Sung-Wan, K., Seung-Hwan, L., Sang-Eun, S., Jong-Ik, P., Suk-Kyoon, A., Young-Hoon, K. & Young-Chul, C. (2010). A descriptive study of pathways to care of high risk for psychosis adolescents in Korea. *Early Intervention in Psychiatry*, 4, 119-123.

Original Article

**The Efficacy of an Integrated Treatment in Comparison
with Treatment as Usual in a Group of Children
and Adolescents with First-Episode Psychosis during a Two -Year Follow-up**

Abstract

Objectives: This study aimed to compare the efficacy of an integrated treatment (IT) versus treatment as usual (TAU) in a group of inpatient children and adolescents with first episode psychosis (FEP) during a two year follow-up. **Method:** In a randomized controlled trial, 40 children and adolescents with FEP based on DSM-IV criteria were recruited from referrals to Robe Hospital (Tehran, Iran). They were divided into a TAU group (N=20), and an IT group (N=20) who received a low dose of atypical antipsychotic medications and family psycho-education program, and were followed up by telephone contacts. All participants were evaluated at admission and discharge as well as in 6, 12, 18 and 24 month intervals using the Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version-Persian Version (K-SADS-PL-PV), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Young Mania Rating Scale (YMRS), Children's Depression Inventory (CDI), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Global Assessment of Functioning Scale (GAF), and Children Global Assessment Scale (CGAS). Statistical methods consisted of analysis of independent t and χ^2 for qualitative variables, and random effect regression model for quantitative variables. **Results:** The two groups showed significant improvement in all outcome measures at different time-points. The rate and duration of recurrences were lower in the IT group compared to the TAU group. All of the other outcome measures were comparable in the two groups and there was no difference between them in different follow-up periods. **Conclusion:** Integrated treatment may decrease the rate and duration of recurrences in children and adolescents with FEP.

Key words: *first episode psychosis; children; adolescents; treatment as usual; efficacy*

[Received: 8 June 2011; Accepted: 17 December 2011]

**Zahra Shahrivar^{*}, Javad Alaghband-rad^a,
Javad Mahmoudi Gharaie^a, Arshia
Seddigh^a, Niloofar Salesian^a, Mohsen
Jalali Roodsari^a, Payam Sobhe Bidari^a**

^{*} Corresponding author: Roozbeh Hospital,
Tehran University of Medical Sciences, Tehran,
Iran, IR.

Fax: +9821-55419113

E-mail: sharivar@sina.tums.ac.ir

^a Roozbeh Hospital, Tehran University of
Medical Sciences, Tehran, Iran.